

Szpital Powiatowy Sp. z o.o.
ul. Szewska 23
87-140 Chełmża

**INFORMACJA DLA PACJENTA
ORAZ FORMULARZ ŚWIADOMEJ ZGODY
NA PRZEPROWADZENIE BADANIA/ZABIEGU**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA

.....

PESEL

**GASTROFIBEROSKOPIA
(rodzaj zabiegu/badania)**

Gastroskopia jest najskuteczniejszą metodą diagnostyczną dla oceny przełyku, żołądka i dwunastnicy. Gastroskopia pozwala nie tylko na wizualną ocenę, ale także na pobranie wycinka do badania histopatologicznego oraz na ewentualne konieczne zabiegi np. usunięcie polipa, ostrzyknięcie krwawiącego naczynia, czy wyjęcie ciała obcego. Z koniecznością pobrania wycinków jest związane także badanie testem ureazowym w kierunku *Helicobacter pylori* – bakterii wywołującej między innymi chorobę wrzodową.

Przygotowanie do badania – badanie wykonuje się na czczo, przed badaniem minimum 2 godziny nie należy nic pić, minimum 6 godzin nie wolno jeść (lepiej dłużej). Należy wyjąć ruchome protezy z jamy ustnej. Badanie przeprowadza się w miejscowym znieczuleniu gardła za pomocą Lignocainy, w pozycji leżącej na lewym boku. Badanie trwa zwykle 5-15 minut, jest dla pacjenta nieprzyjemne, ale w zasadzie niebolesne. Również pobieranie wycinków jest całkowicie bezbolesne.

Aparat służący do badania jest dezynfekowany przed każdym badaniem, dlatego zainfekowanie pacjenta w trakcie badania jest praktycznie niemożliwe. W razie potrzeby ze zmian chorobowych pobierane są wycinki do badania histopatologicznego.

Postępowanie po badaniu: przez 1 godzinę nie wolno nic pić i jeść. Należy bezzwłocznie poinformować swojego lekarza jeżeli w ciągu kilku godzin po badaniu wystąpiły silne bóle jamy brzusznej, czarny stolec lub inne niejasne dla Pani/Pana objawy. Powodzenie badania oraz pełne bezpieczeństwo nie mogą być zagwarantowane przez żadnego lekarza. Powikłania zdarzają się niezwykle rzadko. Celem ograniczenia ryzyka wystąpienia powikłań prosimy o odpowiedź na poniższe pytania:

1. Czy istnieje u Pani/Pana zwiększona skłonność do krwawień, szczególnie po drobnych skaleczeniach, po ekstrakcji zęba, bądź skłonność do tworzenia się siniaków po niewielkich urazach? TAK/NIE
2. Czy podobne objawy występują wśród członków Państwa rodziny? TAK/NIE
3. Czy stosuje Pani/Pan leki wpływające na krzepliwość (np. aspiryna, warfin, acenocumarol, polocard, acard)? TAK/NIE
4. Czy choruje Pani/Pan na choroby układu krążenia? TAK/NIE
5. Czy choruje Pani/Pan na astmę? TAK/NIE
6. Czy choruje Pani/Pan na jaskrę? TAK/NIE
7. Czy leczy się Pani/Pan psychiatrycznie? TAK/NIE
8. Czy jest Pani w ciąży? TAK/NIE
9. Czy wystąpiły u Pani/Pana objawy uczulenia na środki lecznicze lub spożywcze? TAK/NIE

Wywiad epidemiologiczny

Proszę odpowiedzieć na następujące pytania Tak lub Nie – wywiad dotyczy ostatnich 6 miesięcy:

1. Czy chorowałam(em) na wirusowe zapalenie wątroby, żółtaczkę
2. Czy otrzymałam(em) iniekcję, kroplówki, transfuzję
3. Czy byłam(em) leczona(y) w innych placówkach służby zdrowia w tym także w gabinetach prywatnych
4. Czy miałam(em) wykonywane badanie endoskopowe
5. Czy miałam(em) wykonywane zabiegi naruszające powłoki skórne lub penetrujące tkanki (biopsję, punkcję, akupunkturę, operację, pobranie krwi)
6. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów stomatologicznych
7. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów kosmetycznych
8. Czy korzystałam(em) z usług gabinetów okulistycznych
9. Czy korzystałam z usług gabinetów ginekologicznych
10. Czy choruje Pani/Pan na cukrzycę

OŚWIADCZENIE PACJENTA

W pełni zrozumiałem/-am przekazane mi podczas rozmowy informacje dla pacjenta dotyczące badania/zabiegu gastrokopii. Zapewniono mi nieograniczone możliwości zadania pytań i na wszystkie udzielono mi odpowiedzi i wyjaśnień w sposób satysfakcjonujący. Znane mi są możliwe powikłania związane z tym zabiegiem.

Zgadzam się na przeprowadzenie u mnie zabiegu/badania **gastroskopii** oraz jego ewentualne zmiany lub rozszerzenia, które okażą się niezbędne w trakcie przeprowadzania zabiegu oraz w razie wystąpienia niebezpieczeństwa utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
data i podpis pacjenta
albo uprawnionego opiekuna

Nie zgadzam się na proponowany mi zabieg.
Zostałam/-em poinformowana/-ny o możliwych negatywnych konsekwencjach takiej decyzji dla
mojego zdrowia i życia.

.....
data

.....
podpis lekarza

.....
data i podpis pacjenta
albo uprawnionego opiekuna

Podpisanie formularza przez pacjenta jest niemożliwe z powodu

.....

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza)